**Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Termin sistematskog pregleda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PREGLED DJETETA PRIJE POLASKA U PRVI RAZRED OSNOVNE ŠKOLE OBAVIT ĆE SE U AMBULANTI ŠKOLSKE MEDICINE NA ADRESI ZAMETSKA 63A, RIJEKA (TEL. 261-030)**



NATAŠA FUGOŠIĆ LENAZ, dr.med. specijalista školske i adolescentne medicine

i

SUZANA MAROHNIĆ, prvostupnica sestrinstva

**Na pregled donijeti:**

1. **Zdravstvenu iskaznicu djeteta**
2. **Iskaznicu imunizacije djeteta (plava knjižica)**
3. **Zdravstveni karton odabranog liječnika na uvid ili izvod iz zdravstvenog kartona ispunjen od odabranog liječnika zajedno sa kartonom cijepljenja**
4. **Ispunjenu zubnu putovnicu od stomatologa**
5. **Kopije medicinske dokumentacije (ako je posjedujete)**
6. **Uputnica za krvnu sliku, kolesterol i urin izdaje se od liječnika školske medicine te je potrebno barem 7 dana ranije zatražiti uputnicu mailom (**[**natasa.fugosic-lenaz@zzjzpgz.hr**](mailto:natasa.fugosic-lenaz@zzjzpgz.hr)**) ili osobno te obaviti vađenje krvi prije dolaska na termin pregleda (ukoliko posjedujete navedene nalaze ne starije od 6 mjeseci nije potrebno ponavljati laboratorijske pretrage)**

* Molimo Vas da na pregled dođete u točno zakazano vrijeme
* Molimo Vas da u slučaju spriječenosti javite i otkažete termin telefonom ili na e-mail: [suzana.marohnic@zzjzpgz.hr](mailto:suzana.marohnic@zzjzpgz.hr)
* Dijete treba doći u pratnji roditelja ili skrbnika